

**MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS DE ENFERMEDAD
ORGÁNICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

Victoria Karen Revelli

Resumen

En la práctica cotidiana, los profesionales de salud mental que trabajan con niños y adolescentes se encuentran con la responsabilidad de reconocer y manejar sintomatología psiquiátrica de origen orgánico, con fisiopatología y etiología diagnosticables mediante un examen clínico y estudios complementarios adecuados. Del diagnóstico y tratamiento oportuno y específico dependen la evolución y pronóstico del paciente. En el presente trabajo se describen los cuadros psiquiátricos de origen médico más frecuentes y sus posibles causas, se enumeran las características generales de su evaluación y los lineamientos de tratamiento. Es fundamental el trabajo interdisciplinario y en equipo, interviniendo los efectores de salud mental, pediatría, neuropediatría y todos aquellos especialistas necesarios de acuerdo a la patología subyacente. Palabras clave: síntomas psiquiátricos, pediatría, enfermedad orgánica

Abstract

Mental health professionals working with children and adolescents are often faced with the task of recognizing and handling psychiatric symptoms caused by organic factors and pathophysiology and etiology which may be diagnosed through clinical examination and appropriate medical workup. Timely and specific diagnosis is essential for the patient's course and prognosis. This paper describes most common organic-originated psychiatric disorders and their possible causes, lists the general characteristics of their assessment and provides treatment guidelines. Interdisciplinary team work is essential, with the involvement of mental health, pediatrics and neuropsychiatry professionals and all such specialists as are necessary according to the underlying pathology. Key words: psychiatric symptoms, pediatric, medical condition

INTRODUCCIÓN

En su trabajo cotidiano los efectores de salud mental con frecuencia se enfrentan a la difícil tarea de realizar diagnósticos diferenciales y etiológicos ante la presencia de síntomas psiquiátricos. Muchas veces es el pediatra u otro profesional médico quien deriva al paciente tras descartar causas orgánicas del padecimiento. Mientras que otras veces, en el consultorio o en el contexto hospitalario, es el especialista en psicopatología quien deberá investigar la causa de las manifestaciones psíquicas que originan la consulta. Siempre deberá descartarse el origen somático o enfermedad médica que pudieran ocasionar la sintomatología, siendo fundamentales una buena anamnesis y examen clínico. Del diagnóstico preciso y precoz dependerán la instauración del tratamiento médico correspondiente y el pronóstico del curso de la enfermedad. En general, cualquier condición orgánica que produzca disfunción cortical puede presentarse con sintomatología psiquiátrica.¹

No debe excluirse la presencia del sustrato cerebral de los trastornos psiquiátricos propiamente dichos, pero existen síntomas psicopatológicos causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedades primarias del SNC, enfermedades sistémicas, al efecto de tóxicos o fármacos, trastornos endocrinológicos y otras enfermedades clínicas. En los trastornos orgánicos el síndrome es atribuible a una etiología específica de base clínica que puede identificarse mediante pruebas objetivas, como análisis de laboratorio o técnicas de imagen. Con frecuencia tienen un tratamiento etiológico específico. Un diagnóstico incorrecto y un tratamiento inadecuado implican un riesgo importante de morbimortalidad.²

De acuerdo a la CIE 10, se requiere una serie de criterios para diagnosticar un trastorno mental debido a patología orgánica. Ellos son:

- Pruebas objetivas de la exploración física, neurológica y de laboratorio y/o antecedentes de enfermedad, lesión o disfunción cerebral o trastorno físico sistémico, incluyendo alteraciones hormonales y por drogas no psicoactivas
- Supuesta relación entre el desarrollo de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el trastorno mental
- Recuperación o mejoría significativa del trastorno mental luego de la desaparición o mejoría de la causa subyacente
- Pruebas insuficientes para una causa alternativa del trastorno mental

EVALUACIÓN

Durante la entrevista deben recabarse los antecedentes personales, familiares y el estado general del paciente. Ciertos síntomas previos o concomitantes como fiebre, náuseas, cefalea, vómitos, cansancio, variaciones en el peso u otra sintomatología sistémica orientan a enfermedad médica.

Algunos datos clínicos relevantes que indican sospecha de trastorno orgánico son:

- . Presentación brusca de alteraciones psiquiátricas en pacientes sin antecedentes de enfermedad mental.
- . Alteraciones psicopatológicas, en pacientes con enfermedad psiquiátrica, de

características diferentes a la patología habitual o con datos clínicos de enfermedad orgánica subyacente

- . Presentación de cuadro psiquiátrico de características atípicas
- . Aparición del trastorno en edades poco habituales o incompatibles con el desarrollo psicoevolutivo
- . Clara afectación del estado general o alteración del nivel de conciencia
- . Cuadros de agitación o agresividad agudos en niños y adolescentes
- . Historia de ingesta de medicación
- . Historia familiar de trastornos neurodegenerativos o metabólicos hereditarios
- . Disfunción cortical (ej: afasia, apraxia, agnosia visuoespacial)
- . Disfunción subcortical difusa (ej: discurso o movimiento lentos, ataxia, temblor, corea, disartria, asterixis)
- . Alucinaciones visuales, táctiles u olfativas
- . Signos vitales anormales
- . Alteraciones de la marcha y fuerza muscular
- . Anormalidades oculares (cambios pupilares, nistagmus) ³

Ante la sospecha clínica, debe realizarse una evaluación por especialistas en pediatría y neuropsiquiatría. Las pruebas complementarias e interconsultas necesarias se realizarán según la orientación de la presunción diagnóstica. En los trastornos de características más graves el examen físico y las pruebas diagnósticas deberán ser más exhaustivos.

TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A PATOLOGÍA ORGÁNICA

Trastornos del humor

Caracterizados por cambios en la afectividad y en el nivel de actividad.

Síntomas depresivos

Diversas manifestaciones como apatía, decaimiento, falta de concentración y somnolencia pueden encontrarse en diversas condiciones médicas o deberse al uso de sustancias. En el diagnóstico de trastorno del ánimo debido a enfermedad médica los síntomas son consecuencia de la fisiopatología de la enfermedad.

Las enfermedades virales son una de las causas de depresión orgánica más frecuentes en niños. Se destacan la depresión posgripal y la asociada a mononucleosis infecciosa. En el caso de adolescentes con síntomas de depresión atípicos debería realizarse siempre un test para mononucleosis. En el SIDA pueden presentarse cuadros depresivos secundarios a la enfermedad. En niños el hipotiroidismo puede presentar apatía, irritabilidad, tristeza, disforia, enlentecimiento psicomotor y alteraciones de memoria y concentración. En el hipertiroidismo se pueden encontrar labilidad emocional con irritabilidad e insomnio. En los niños con depresión y baja talla debe estudiarse la función tiroidea y la función suprarrenal.

En el síndrome poscontusional tras un traumatismo craneoencefálico puede encontrarse ánimo deprimido, irritable o ansioso, con mareos, cefalea, cansancio, fofobia, etc.

Se describen cuadros de depresión ictal y periictal, caracterizados por sentimientos depresivos de aparición aguda y breve duración, con menor afectación de los ritmos biológicos y marcada agresividad e irritabilidad.

Por la frecuente localización infratentorial de los tumores infantiles, muchas veces se manifiestan con síntomas neuropsiquiátricos inespecíficos asociados al aumento de la presión intracraneal. Se encuentra irritabilidad, cambios de personalidad, apatía y depresión, junto con cefaleas, vómitos y alteraciones visuales.

La enfermedad de Wilson es un trastorno hereditario de penetrancia autosómica recesiva que afecta al metabolismo del cobre. Esto da lugar al depósito del mismo en distintos órganos, especialmente el hígado y el cerebro. La sintomatología más frecuente es hepática y neurológica, pero tras ésta es la psiquiátrica la siguiente en importancia. Se calcula que un 20% de los pacientes con esta enfermedad presenta síntomas psiquiátricos al inicio y que durante el transcurso de la misma desarrolla algún tipo de alteración psicopatológica hasta el 50%. Los síntomas psiquiátricos incluyen trastornos de personalidad y de conducta, trastornos afectivos, deterioro cognitivo y cuadros esquizofreniformes.⁴

Causas médicas más frecuentes de depresión (Tabla 1)

Para el diagnóstico de trastorno del ánimo inducido por sustancias los síntomas depresivos deben ser consecuencia de la ingesta, sobredosis o abstinencia de alguna sustancia o fármaco. Entre ellos encontramos los psicoestimulantes, antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, propranolol, corticoides, benzodiazepinas, anticonceptivos orales, antiepilépticos, cimetidina, tiacidas. El uso o abstinencia de alcohol, cocaína, anfetaminas y opiáceos pueden provocar síntomas anímicos.

Síntomas maníacos

Pueden encontrarse síntomas como irritabilidad, tormentas afectivas o rabietas intensas, labilidad emocional, impulsividad, ansiedad, hiperactividad, dificultades de concentración, euforia o grandiosidad.

Se deben considerar ciertas enfermedades que pueden causar síntomas de tipo maníaco y confundirse con un trastorno bipolar. Entre ellas encefalitis, hipertiroidismo, epilepsia, tumores cerebrales, traumatismo de cráneo, esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares (especialmente lesiones del hemisferio derecho y el tálamo), trastornos comiciales (en especial foco temporal izquierdo), tumores del tálamo.⁵

Existen varios fármacos que pueden producir manía, como los esteroides sistémicos o inhalados, la pseudoefedrina, derivados de anfetaminas, psicoestimulantes como metilfenidato, cocaína, isoniacida.

Causas médicas más frecuentes de manía (Tabla 2)

Trastornos de ansiedad

En estos casos los síntomas de pánico, de ansiedad generalizada o su combinación son consecuencia directa de la enfermedad o sustancia ingerida. Las manifestaciones físicas más frecuentes son las cardiovasculares

(palpitaciones, taquicardia, ruborización, palidez), respiratorias (taquipnea, disnea), dermatológicas (prurito, parestesias, sudoración), musculares (temblor, tensión, dolores), gastrointestinales (diarrea, náuseas, dolor). También son comunes las cefaleas, dolor precordial, insomnio, mareos, desmayos, urgencia miccional.

Varias patologías y fármacos de uso habitual se encuentran entre los diagnósticos diferenciales. Es importante ante cualquier queja somática descartar causa orgánica. Se debe realizar una exploración física general y solicitar estudios complementarios sólo en base a los hallazgos clínicos. Algunas de estas enfermedades son graves y dado que poseen tratamiento específico, es indispensable una exhaustiva y meticulosa evaluación médica.

Causas médicas más frecuentes de ansiedad (Tabla 3)

Hiperactividad, trastornos de conducta y trastornos atencionales

Previo al planteo del diagnóstico de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad es necesario descartar distintas afecciones clínicas como oxiuriasis, problemas auditivos o visuales y daño cerebral difuso, como el que se encuentra en el síndrome fetal alcohólico o traumatismo de cráneo.⁶ Se deben considerar alteraciones genéticas como frágil X, alteraciones tiroideas, intoxicación por metales pesados y epilepsia.⁷ La utilización de fenobarbital y broncodilatadores también puede producir agitación e inquietud.

Se ha observado relación entre la enfermedad celíaca y diversas alteraciones neurológicas, como hipotonía, retraso del desarrollo, convulsiones, trastorno del aprendizaje y TDAH, cefalea, ataxia y tics.⁸

Trastorno cognitivo leve

Se caracteriza por trastornos de memoria, del aprendizaje y concentración. Ciertas patologías con tratamiento médico pueden ser las causantes de trastornos académicos. Entre ellas la anemia, hipertiroidismo, hipoacusia, déficits visuales. La alteración cognitiva puede preceder, acompañar o ser secuelar.

Puede encontrarse amnesia en lesiones a nivel de lóbulos temporales o del sistema límbico, encefalitis aguda o en traumatismos cerebrales.⁹

Causas médicas de trastornos cognitivos (Tabla 4)

La deficiencia infantil de vitamina B 12 es una causa rara pero tratable de retraso madurativo, afectando a los lactantes nacidos de madres con deficiencia de vitamina B 12. Afecta principalmente al sistema nervioso central, sistema hematopoyético y tracto digestivo. Las manifestaciones en SNC generalmente aparecen entre los 2 y 12 meses de edad, incluyendo vómitos, letargia, alteraciones de la alimentación. Si bien el suplemento de vitamina B 12 parece producir una mejoría clínica rápida, quedan dudas sobre el pronóstico a largo plazo.¹⁰

Tics y trastorno obsesivo-compulsivo

Ante la aparición brusca de tics o síntomas obsesivos y compulsivos se debe sospechar el síndrome PANDAS, trastorno autoinmune que en ocasiones se produce luego de infecciones por estreptococos.

Las enfermedades inflamatorias asociadas a infecciones por estreptococos son frecuentes en la edad pediátrica. Se ha encontrado un subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo llamado PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections), abreviatura en inglés para denominar a las enfermedades pediátricas autoinmunes con trastornos neuropsiquiátricos asociados a infecciones por estreptococo beta hemolítico. En general se presenta un inicio abrupto de los síntomas que incluyen tics motores o vocales, obsesiones y compulsiones, irritabilidad, precedido por una amigdalitis por estreptococo. Algunos autores plantean que es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino y la edad de inicio entre los 3 y 12 años de edad. Suele haber síntomas asociados como:

- Trastornos del movimiento: hiperactividad motora, movimientos anormales coreiformes, tics
- Alteraciones psiquiátricas: ansiedad de separación, depresión, cambios en el carácter, irritabilidad, labilidad emocional, impulsividad, trastornos del sueño, hiperactividad y déficit de atención (ADHD)
- Otras: deterioro de la destreza motora fina, anorexia, nicturia, dolores articulares.

La presencia de corea excluye el diagnóstico de PANDAS

Criterios diagnósticos de PANDAS (Tabla 5)

En cuanto al tratamiento está encaminado hacia los signos y síntomas que predominen.

Se pueden utilizar antibióticos como la penicilina para la infección aguda estreptocócica. Pero no es efectiva como profilaxis en la prevención de exacerbaciones, dado que la enfermedad es provocada por la reacción inmunológica producida en respuesta a la infección, no por la bacteria en sí. Por esta razón se recomienda terapia inmunomoduladora con la utilización de plasmaféresis.¹¹

Los tics deben diferenciarse de otros trastornos del movimiento de origen neurológico, como movimientos distónicos, coreicos, atetósicos, mioclónicos y hemibalísticos, causados por diferentes etiologías, entre ellas las descritas en la tabla 6.¹²

Delirium

El delirium consiste en la presentación aguda de un deterioro cuantitativo y cualitativo de la conciencia, con disminución del estado de alerta, enlentecimiento del pensamiento e inestabilidad atencional. Existe también confusión con oscilaciones en el nivel de vigilancia, incoherencia del pensamiento y conducta, y alteraciones perceptivas. Los trastornos de las funciones cognitivas y de la conciencia pueden ser fluctuantes a lo largo del día. Se comprometen la memoria y la orientación temporal y espacial (la

autopsíquica con menor frecuencia). Pueden encontrarse síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios y alteración del ciclo sueño vigilia. El delirium siempre se asocia con una patología orgánica.

La principal diferencia del delirium con un episodio psicótico agudo está en el estado de conciencia, afectado en el primer cuadro y preservado en el segundo. (Tabla 7) La ausencia de delirium no descarta etiología médica.

La confusión mental consiste en la turbidez del foco y del campo de la conciencia con pérdida en la claridad de percepción. Varía entre la obnubilación, somnolencia, sopor hasta el coma. Su aparición es brusca. Las operaciones intelectuales habituales se realizan con dificultad, hay desorientación temporo espacial completa, tensión muscular marcada, movimientos de desesperación, el aspecto facial es de desorientación, asombro o miedo. El estado afectivo es de apatía o indiferencia, aunque se percibe ansiedad y angustia.¹³

Una vez que se ha establecido la sospecha diagnóstica de delirium, es preciso buscar su

etiología. La causa más frecuente en nuestro medio es la ingesta de alcohol y neurofármacos. Ante un cuadro confusional deben pedirse diversos estudios de laboratorio como glucemia, función hepática y renal, tóxicos en orina, electroencefalograma o neuroimágenes, evaluar la necesidad de punción lumbar, etc, según la sintomatología clínica.

Causas frecuentes de delirium (Tabla 8)

Episodios psicóticos agudos

El término psicosis implica un estado mental con importantes trastornos del pensamiento, relación y percepción de la realidad, pudiendo derivar de una causa física o psiquiátrica. En el momento de obtener la historia un dato importante es el inicio brusco de trastornos del pensamiento acompañado de alucinaciones visuales. También una historia de abuso de drogas o de posibilidad de acceso a sustancias tóxicas pueden ayudar en el diagnóstico.¹⁴

Es necesaria una evaluación exhaustiva para descartar causas orgánicas de los síntomas psicóticos. (Tabla 9) Dado que la esquizofrenia de origen temprano es infrecuente, se indican estudios de neuroimágenes, EEG y estudios de laboratorio para descartar alteraciones cerebrales, convulsiones, etiologías autoinmunes, infecciosas, tiroideas o por sustancias.¹⁵ Ante la aparición aguda de síntomas psicóticos en un niño deben realizarse de forma urgente recuento sanguíneo completo, glucemia, ionograma, función hepática y renal, tomografía cerebral computada o resonancia magnética nuclear.

Varias enfermedades de la sustancia blanca pueden presentarse con sintomatología psicótica, incluyendo leucodistrofias, síndrome velocardiofacial, anomalías del cuerpo calloso, tumores y patologías infecciosas. Los síntomas psicóticos pueden deberse a una asincronía funcional de diferentes regiones interdependientes, debido a alteraciones en circuitos críticos debidas a la enfermedad de base. La naturaleza, ubicación y momento de presentación de la patología de la sustancia blanca serían factores clave en el desarrollo de

psicosis, especialmente durante el período crítico de la adolescencia en que se produce la mielinización de áreas de asociación cerebrales. Las enfermedades que alteran la formación normal de mielina causarían psicosis con mayor frecuencia que aquellas que alteran las estructuras mielínicas ya formadas. Lesiones difusas en lugar de localizadas, especialmente en áreas fronto-temporales, se asocian fuertemente con psicosis esquizofreniforme.¹⁶

Causas médicas de trastorno psicótico agudo (Tabla 10)

Alucinógenos como ácido lisérgico (LSD), fenilciclidina (PCP) y estimulantes como las anfetaminas o el éxtasis pueden producir síntomas psicóticos durante la intoxicación. El alcohol y los hipnóticos y sedantes pueden producir síntomas psicóticos en la abstinencia.¹⁷

En la evaluación médica los exámenes de laboratorio son imprescindibles para orientar el diagnóstico etiológico, debiendo estar guiados por los hallazgos clínicos. Suelen realizarse análisis de sangre como función hepática y renal, glucemia y hemograma. Según la sospecha etiológica se pueden solicitar función tiroidea, exámenes toxicológicos, estudio de LCR, ECG, EEG, pruebas infectológicas, imágenes como radiografía de tórax, de cráneo, TAC y RMN de cerebro.

El tratamiento incluye medidas generales, de protección, farmacológicas y tratamiento etiológico. Se debe hospitalizar al paciente, proporcionarle monitoreo continuo, soporte vital y ambiente adecuado. Debe evaluarse el riesgo potencial y su peligrosidad, tomando las medidas para proteger al paciente y su entorno. Puede ser necesaria la contención farmacológica o física para evitar un daño a sí mismo o a otros. Se pueden utilizar neurolepticos típicos, sedativos y benzodiazepinas. Siempre que sea posible se intentará el tratamiento etiológico, dentro del contexto de manejo general y compensación del paciente.

Alucinosis orgánica

Consiste de alucinaciones persistentes o recurrentes con conciencia clara de situación, siendo en general visuales o auditivas. Las ideas delirantes no dominan el cuadro clínico. La introspección suele estar conservada. Las alucinaciones son muy poco frecuentes en niños menores de 7 años. En niños y adolescentes la alucinosis orgánica con frecuencia es precipitada por drogas o medicamentos.

Entre las causas principales se encuentran:

Procesos infecciosos: la aparición aguda de alucinaciones debe hacer sospechar encefalitis. La causada por herpes simple puede cursar con anosmia y alucinaciones olfativas y gustativas por afectación de lóbulos temporales y estructuras orbitarias. En la encefalitis por influenza hay registrados casos con experimentación de olores bizarros.

Origen tóxico o farmacológico: efecto secundario a prometazina, pseudoefedrina, anestésicos como ketamina e isoflurano, metilfenidato.

Epilepsia: se pueden encontrar alucinaciones de diferente tipo durante las auras, relacionadas con la localización del foco epileptogénico. Pueden ser visuales, auditivas o con menor frecuencia olfatorias, gustativas y somatosensoriales. Las alucinaciones complejas suelen asociarse a epilepsia del lóbulo temporal (ej: voces que cantan). Puede haber alucinaciones en crisis parciales complejas. En general no se recuerda el contenido de las alucinaciones ictales.

Tumores: se describen cuadros con alucinaciones visuales y olfativas en tumores paraselares como el craneofaringioma.

Migraña: las alucinaciones visuales puede ser parte del aura migrañosa. Las auditivas son menos frecuentes.

Según la clase de alteraciones sensorio-perceptivas se pueden sospechar diferentes diagnósticos diferenciales.

Las alucinaciones visuales suelen verse en casos de hipertermia, intoxicaciones (vivas y con mucho color), en intoxicación por alcaloides (visiones microscópicas), en epilepsias y psicosis. Toda alucinación visual se corresponde con causa orgánica hasta que se demuestre lo contrario. Están asociadas con la activación o lesiones del lóbulo parieto-occipital, de la corteza asociativa visual o del lóbulo temporal posterior. Se separan las extracampinas o percepción fuera del campo visual y las liliptienses, frecuentes en niños y asociadas a estados febriles.

Las gustativas y/o olfatorias se presentan pocas veces aisladas, casi específicas de las patologías del hipocampo y suelen presentarse como aura de la epilepsia del lóbulo temporal.

Las táctiles pueden aparecer en niños que han tenido accidentes con compromiso corporal importante. En intoxicaciones con cocaína se describe la impresión de tener parásitos o insectos sobre todo el cuerpo.

Las alucinaciones negativas se observan en algunas lesiones cerebrales, aparecen con despersonalización, conductas bizarras y distorsión de la imagen corporal. **En adolescentes se debe pensar en la ingestión de alucinógenos.**¹⁸

Trastorno catatónico

Caracterizado por estupor, que consiste en la ausencia de movimientos, habla, respuesta a la luz, el ruido y el tacto, manteniendo el tono muscular normal, postura estática y movimientos respiratorios normales. Junto con negativismo o agitación catatónica. Los extremos de la alteración psicomotriz pueden alternarse.

Las causas más frecuentes son encefalitis virales e intoxicaciones con monóxido de carbono. La catatonía puede ser manifestación de distintas lesiones cerebrales (vasculares, infecciosas, traumáticas y neoplásicas) y enfermedades neurológicas que afecten a los ganglios basales, sistema límbico y lóbulos temporales. Puede encontrarse en alteraciones metabólicas graves (diabetes, hipercalcemia, encefalopatía hepática y lupus eritematoso sistémico). También es causada por numerosos fármacos.

Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme)

En este cuadro predominan las ideas delirantes persistentes o recurrentes, con conciencia y memoria conservadas. Puede haber trastornos sensorio-perceptivos o del pensamiento.

Los niños menores de 7 años suelen tener pensamiento ilógico y asociaciones laxas correspondientes a su desarrollo psicoevolutivo. Antes de esa edad la aparición de ideas delirantes es excepcional. A partir de los 10 años, y sobre todo en la adolescencia, el diagnóstico es más claro.

Son causas frecuentes:

Enfermedades endócrinas: cuadros psicóticos relacionados con hiper o hipofunción tiroidea. También con hiperparatiroidismo, Cushing y Addison. Estos cuadros son menos frecuentes que los trastornos afectivos en enfermedades endócrinas.

Epilepsia: la sintomatología psicótica puede ser breve o persistente. Los estados breves pueden ser ictales o posictales, asociándose con automatismos motores y confusión. Las psicosis interictales son esquizofreniformes y paranoides, y menos frecuentemente, afectivas. La esquizofreniforme es más frecuente en epilepsia del lóbulo temporal dominante y se asocia a delirios de perjuicio, autorreferencia y alucinaciones auditivas.

Fármacos: cuadros psicóticos asociados a antiepilépticos (levetiracetam, vigabatrina, lamotrigina), estimulantes como el metilfenidato.

Daño cerebral traumático: en general los síntomas psicóticos se relacionan con traumatismos de cráneo graves.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia

La enfermedad de Addison, en la que la disminución del apetito y pérdida de peso pueden acompañarse de apatía y negativismo, puede confundirse con un trastorno primario de la conducta alimentaria.

La enfermedad de Crohn (enteritis regional) se acompaña a veces de síntomas atípicos de anorexia nerviosa. Un indicio de esta enfermedad puede ser la eritrosedimentación elevada.

En ocasiones se han observado tumores cerebrales de la región hipotalámica asociados a anorexia nerviosa. Presentan con frecuencia cefaleas y reducción del campo visual, que indican un aumento de la presión intracraneal.

La disgenesia gonadal en la mujer (síndrome de Turner) se ha asociado a anorexia nerviosa.

Bulimia

Ante conducta de atracones y vómitos que remedan bulimia nerviosa existen diferentes diagnósticos orgánicos posibles.

Tumor cerebral, en que los vómitos se producirían en respuesta a náuseas, la conducta alimentaria compulsiva no sería tan episódica y podría acompañarse de otras alteraciones neurológicas o de personalidad.

Síndrome de Kleine-Levin, se observa de manera característica en varones adolescentes, en los que los episodios de consumo de alimentos e hipersexualidad incontrolados se asocian a hipersomnolencia periódica, presumiblemente como consecuencia de lesiones hipotalámicas.

Sdme de Prader Willi, trastorno genético en que la conducta de ingestión con atracones y obesidad.

Sdme de Klüver-Bucy, en que los atracones se asocian con alteraciones visuales y de la conducta sexual, que puede tener diversas causas.

Acalasia, en que el esfínter no se relaja durante la deglución.

Las alteraciones metabólicas de trastornos endócrinos como la diabetes mellitus insulino dependiente y el hipertiroidismo pueden predisponer a un adolescente a presentar una bulimia.¹⁹

Trastornos de la eliminación

La encopresis por rebosamiento con constipación puede ser causada por nutrición deficiente; alteración estructural del ano, recto y colon; efectos adversos a medicación; enfermedades endócrinas o neurológicas. Es importante diagnosticar la enfermedad de Hirschprung o megacolon aganglionar.

En casos de enuresis deben descartarse causas orgánicas de disfunción vesical. Con frecuencia se encuentran síndromes orgánicos como infecciones del tracto urinario, obstrucciones o alteraciones anatómicas en niños con enuresis diurna y nocturna combinada con aumento de la frecuencia y urgencia miccional. Las causas orgánicas incluyen patología genitourinaria estructural, neurológica o infecciosa, como uropatía obstructiva, espina bífida oculta, cistitis. Otros trastornos médicos pueden causar poliuria y enuresis, como diabetes mellitus y diabetes insípida; alteraciones de la conciencia o el sueño, como convulsiones, intoxicaciones o sonambulismo; efecto adverso del tratamiento con antipsicóticos como tioridazina y risperidona.²⁰

ENFERMEDADES REUMÁTICAS

El Síndrome o Enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos) sistémica de causa desconocida, caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes, y afectación de las articulaciones, los ojos, la piel, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso. La EB en niños es rara, aún en poblaciones de alto riesgo. Sólo el 3% aproximadamente de todos los pacientes con EB reúnen los criterios diagnósticos de la enfermedad antes de la edad de 16 años. En general la enfermedad comienza sobre los 20-35 años. Existe afectación neurológica. Aunque es muy raro, los niños con EB pueden tener convulsiones, cefalea por aumento de la presión intracraneal, y síntomas cerebrales. Los varones tienen las formas más graves, desarrollando algunos pacientes síntomas psiquiátricos.

La fibromialgia reumática es un síndrome doloroso crónico que se asocia con sintomatología psiquiátrica. Se trata de una enfermedad que afecta fundamentalmente al sexo femenino y que es más frecuente entre los 20 y los 40 años; puede presentarse en relación temporal con algún tipo de traumatismo y es causa importante de discapacidad y otorgamiento de pensiones. Algunos estudios señalan que la prevalencia de la fibromialgia reumática (FR) se sitúa alrededor del 6% de la población general adulta, llegando a un 15% de las consultas reumatológicas y al 6% de la población pediátrica. En el caso de los niños, son frecuentes los trastornos de conducta y

la agresividad; ambas podrían corresponder al espectro clínico de la depresión para estas edades, en que la tristeza es sustituida por la irritabilidad. También son frecuentes en este grupo etario los trastornos del sueño. Con respecto a la frecuente asociación de esta enfermedad con patología psiquiátrica es común la existencia de depresión y trastornos de ansiedad, y en algunos casos ciertos rasgos característicos de personalidad (voluntariosos, amantes del orden, con tendencia al perfeccionismo y cierta rigidez).²¹

TRASTORNOS NEUROMETABÓLICOS

La presentación de los síntomas psiquiátricos y neurológicos de los errores congénitos del metabolismo es variable, dependiendo de la acumulación significativa de metabolitos tóxicos o de la deficiencia de sustrato.

El inicio y la severidad de los síntomas puede exacerbarse por factores ambientales como la dieta y enfermedades intercurrentes. Los trastornos del metabolismo de las proteínas y carbohidratos y de la producción de energía tienden a presentarse en el período neonatal o la infancia temprana, siendo rápidamente progresivos. Pero formas menos severas de estas enfermedades con frecuencia se presentan más tarde en la infancia o niñez y tienden a ser episódicas.

Los defectos en la oxidación de ácidos grasos, almacenamiento del glucógeno y lisosomal tienden a presentarse en la infancia o niñez, manifestándose por alteraciones neurológicas o psiquiátricas.²²

GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE CAUSA ORGÁNICA

La patología orgánica subyacente deberá ser tratada en primera instancia por pediatras, neuropediatras u otros especialistas. En ocasiones la sintomatología psiquiátrica remite al tratarse el factor etiológico. En otras deben tratarse los síntomas psicóticos hasta que sea efectivo el tratamiento etiológico o en forma más continuada, si persisten una vez tratada la patología orgánica de base. Se realizará tratamiento según la duración de la sintomatología, utilizando las dosis mínimas posibles de psicofármacos.

Para el manejo de pacientes hospitalizados con síntomas psicóticos, delirium o trastornos alucinatorios se utilizan medidas no farmacológicas, como reorientación frecuente en tiempo, lugar y persona, disminución de la estimulación sensorial (disminuir iluminación, ruidos y dolor), aumentando el contacto con la familia y personal médico.

Suelen utilizarse benzodiazepinas en los cuadros de agitación psicomotriz y agresividad, por su efecto sedativo y buen perfil de seguridad, aunque debe considerarse la frecuencia de efectos paradójicos, como irritabilidad, insomnio y agitación. También puede utilizarse haloperidol u otros antipsicóticos como risperidona a bajas dosis.

Los niños con daño cerebral presentan mayor sensibilidad a los efectos sedativos y anticolinérgicos de la medicación, por lo cual deben utilizarse dosis bajas y aumentos muy lentos. Los antipsicóticos pueden producir además diskinesias tardías.

En los pacientes con epilepsia debe considerarse que algunos anticonvulsivos pueden afectar los procesos cognitivos y presentar efectos adversos psiquiátricos. Los neurolépticos, especialmente los sedativos y la clozapina, y antidepresivos tricíclicos pueden bajar el umbral convulsivo. Los ISRS ejercen menor efecto sobre el umbral, pero pueden interactuar con los fármacos antiepilépticos. Se recomienda realizar un control estricto de los niveles terapéuticos de medicación. Las benzodiazepinas proporcionan una alternativa adecuada. En algunos pacientes epilépticos con agresividad se utiliza propanolol con buena respuesta.

En los niños con HIV deben tenerse en cuenta los efectos secundarios e interacciones de la terapia antirretroviral. Algunos de estos fármacos inhiben el citocromo P-450, que metaboliza numerosos psicofármacos.

De acuerdo a la patología orgánica de base deben considerarse las contraindicaciones e interacciones de los psicofármacos. Por ejemplo, los beta bloqueantes no deben utilizarse en casos de asma o alteraciones cardiológicas, y deben usarse con precaución en niños con diabetes o hipertiroidismo. En pacientes con enfermedades respiratorias crónicas se deben evitar los fármacos depresores del SNC.

CONCLUSIONES

Ante la gran variedad y cantidad de situaciones clínicas y patologías orgánicas que pueden manifestarse mediante síntomas psiquiátricos, entre otros, se hace indispensable para el efector de salud mental infanto juvenil contar con herramientas de evaluación y diagnóstico diferencial. De la veloz y correcta identificación de la enfermedad de base o etiología del cuadro, se desprende un tratamiento médico preciso, que puede incidir en forma decisiva sobre el pronóstico y evolución del paciente.

Es fundamental que junto con el sólido conocimiento de la psicopatología de la población pediátrica los profesionales del área de salud mental puedan reconocer en los distintos ámbitos de su práctica los signos que hagan sospechar organicidad, trabajando en equipo con otros especialistas en forma oportuna y colaborativa, teniendo siempre como objetivo el bienestar del paciente bajo una mirada biopsicosocial.

Tabla 1

Causas médicas de depresión:	
Endocrinopatías	hipotiroidismo, diabetes, Cushing, Addison
Neurológicas	encefalitis, meningitis, epilepsia, ACV, TEC, esclerosis múltiple, Huntington
Enfermedades infecciosas	mononucleosis, TBC, neumonía, hepatitis, HIV
Reumáticas	lupus eritematoso sistémico
Otras	anemia, alteración de electrolitos, porfiria, deficiencias vitamínicas (tiamina, piridoxina, B12, ácido fólico), enf de Wilson

Tabla 2

Causas médicas frecuentes de manía	
Enfermedades médicas	Fármacos
Convulsiones	Anfetaminas y derivados
Daño cerebral (TEC, anoxia, etc)	Antihistamínicos
Cushing	Antiepilépticos
Hiperparatiroidismo	Antidepresivos
Hipertiroidismo	Benzodiacepinas
Hipoglucemia	Buspirona
Infecciones del SNC	Cocaína
Lupus eritematoso sistémico	Corticoides
Porfiria	Salicilatos
Tumores intracraneales	Pseudoefedrina

Tabla 3

Causas médicas de trastornos de ansiedad	
Endocrinopatías	hipertiroidismo, hipoglucemia, feocromocitoma
Cardiovasculares	arritmias, insuficiencia cardíaca, prolapso mitral
Metabólicas	porfirias y déficit vitamínicos
Neurológicas	encefalitis, trastornos vestibulares, epilepsia, migrañas
Patología pulmonar	infecciones respiratorias, asma
Vértigo paroxístico benigno	
Fármacos	antihistamínicos, antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, antipsicóticos, corticoides, insulina, simpaticomiméticos, antidepresivos, broncodilatadores y antiparkinsonianos.
Sustancias de abuso	alcohol, amfetaminas, alucinógenos, cafeína, cannabis, inhalantes, cocaína, y la abstinencia de hipnóticos, sedantes y ansiolíticos.

Tabla 4

Causas médicas de trastorno cognitivo	
Enfermedades infecciosas	sida, meningitis crónicas
Metabólicas	desnutrición, hiper o hipoglucemia
Endócrinas	hipocortisolismo, Cushing, hiper o hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal congénita
Tóxicos	plomo, mercurio
Daño cerebral traumático	
Fármacos	Antiepilépticos

Tabla 5

Criterios diagnósticos de PANDAS
Presentación de trastorno obsesivo-compulsivo y de tics
Inicio en la infancia, entre los tres años y la pubertad
Curso episódico: inicio brusco de los síntomas, seguido por una remisión gradual y posterior ausencia, hasta la reaparición brusca de los síntomas
Presencia de infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A, determinado por un cultivo faríngeo o elevación de títulos de anticuerpos antiestreptocócicos
Presencia de alteraciones neurológicas: hiperactividad motora, trastornos del movimiento tales como movimientos coreiformes

Tabla 6

Etiologías de trastornos del movimiento

Enfermedad o Síndrome	Edad de inicio	Características asociados	Curso	Movimientos predominantes
Corea de Sydenham	Infancia (frec. 5-15 años)	Más común en mujeres. Asociada con fiebre reumática	Autolimitado	Coreiformes
Enf. de Huntington	30-50 años, se conocen formas infantiles	Herencia autosómica dominante, demencia, atrofia del caudado	Progresivo hasta muerte en 10-15 años	Coreiformes
Enf. de Wilson	Frec. 10-25 años	Anillo Kayser-Fleischer, disfunción hepática, alteración congénita del metab. del cobre	Progresivo a la muerte sin tratamiento	Temblor, distonía
Trastornos mioclónicos	Cualquier edad	Numerosas causas, algunos familiares, en gral sin	Variable, según la causa	Mioclónicos

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA 17
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

		vocalizaciones		
Distonía mioclónica paroxística con vocalizaciones	Infancia	Trastornos de atención, aprendizaje e hiperactividad, los movimientos interfieren con la actividad	No progresivo	Salvas de movimientos clónicos regulares, repetitivos y vocalizaciones
Encefalitis letárgica	Variable	Gritos, conducta bizarra, psicosis, parkinsonismo	Variable	Tics motores y vocales simples y complejos, coprolalia, ecolalia, ecopraxia, palilalia
Inhalación de gasolina	Variable	EEG anormal	Variable	Tics motores y vocales simples
Posinfeccioso	Variable	EEG anormal, ASTO elevada	Variable	Tics motores y vocales simples, ecopraxia
Postraumático	Variable	Distribución de tics asimétrica	Variable	Tics motores complejos
Intoxicación por monóxido de carbono	Variable	Comportamiento sexual inapropiado	Variable	Tics motores y vocales simples y complejos, coprolalia, ecolalia, palilalia
Trastorno XYY	Infancia	Comportamiento agresivo	Estático	Tics motores y vocales simples
Distrofia muscular de Duchenne	Infancia	Retraso mental leve	Progresivo	Tics motores y vocales
Síndrome Frágil X	Infancia	Retraso mental, dismorfia facial, convulsiones, síntomas autistas	Estático	Tics motores y vocales simples, coprolalia
Trastornos del desarrollo y perinatales	Infancia	Convulsiones, alteraciones del EEG y TAC, psicosis, agresividad, hiperactividad, compulsiones, tortícolis	Variable	Tics motores y vocales, ecolalia

Tabla 7

DELIRIUM	PSICOSIS
Déficit de atención y concentración	Bien orientados y sin problemas de concentración, atención o memoria
Curso intermitente	Sin períodos de lucidez
Alteraciones cambiantes de la percepción sobre todo alucinaciones visuales	Alucinaciones muy sistematizadas y complejas
EEG puede estar alterado	EEG normal

Tabla 8

Causas de delirium	
Neurológicas	epilepsia, tumores, encefalitis, meningitis, síndrome de Guillain-Barré, panencefalitis esclerosante subaguda, hemorragia cerebral, TEC
Infecciosas	VIH, sífilis, sepsis, fiebre, Malaria, Fiebre tifoidea, Endocarditis bacteriana subaguda
Metabólicas	fallo hepático o renal, acidosis, alcalosis, hipoglucemia, hipocalcemia, Sdme. De Reye
Alteraciones hidroelectrolíticas	
Traumáticas	TEC, grandes accidentados, quemaduras
Hipóxicas	monóxido de carbono, anemia, hipotensión, insuficiencia pulmonar, fallo cardíaco
Endocrinológicas	hipo o hiperfunción pituitaria, pancreática, tiroidea, adrenal y paratiroidea, diabetes mellitus, porfiria
Autoinmunes	Lupus, Poliarteritis nodosa
Estados carenciales	deficiencias de tiamina, ácido nicotínico, vitamina B12 y ácido fólico
Estados posoperatorios	
Fármacos	anticolinérgicos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, cimetidina, disulfiram, insulina, opiáceos, esteroides, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos y benzodiacepinas, trimetropim-sulfametoxazol, metoclopramida, levodopa, ciprofloxacino, tobramicina, loperamida, ganciclovir, ketamina, interferón alfa

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA 19
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Tóxicos	solventes, pesticidas, tóxicos industriales, metales pesados (plomo, mercurio)
Sustancias de abuso	abstinencia (alcohol, barbitúricos)

Tabla 9

	PSICOSIS ORGÁNICA	PSICOSIS PSIQUIÁTRICA
INICIO	Agudo	Gradual
SIGNOS AUTONÓMICOS PATOLÓGICOS	Pueden estar presentes	Ausentes
SIGNOS VITALES	Pueden ser anormales	Normales
ORIENTACIÓN	Alterada	Conservada
MEMORIA RECIENTE	Alterada	Conservada
HABILIDAD INTELECTUAL	Puede estar alterada	Conservada
ALUCINACIONES	Visuales	Auditivas

Tabla 10

Causas médicas de trastorno psicótico agudo	
Neurológicas	epilepsia, infecciones, tumores
Endocrinológicas	hiper e hipotiroidismo, hipofunción suprarrenal
Metabólicas	hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia
Otras	lupus, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, desbalance electrolítico
Fármacos	anestésicos, fenilefrina, anticolinérgicos, antiepilépticos, corticoides, pseudoefedrina, antihistamínicos, antiparkinsonianos, quimioterápicos
Sustancias de abuso	alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, inhalantes, opiáceos. Abstinencia a alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos
Tóxicos	anticolinesterasa, insecticidas, organofosforados, monóxido y dióxido de carbono, volátiles

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Trifiletti RR, Packard AM. Metabolic disorders presenting with behavioral symptoms in the school-aged child. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1999 Oct;8(4):791-806
- 2 Jose Ángel Alda Díez, Sabel Gabaldón Fraile. Trastornos psiquiátricos debidos a patología orgánica. *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente.* Barcelona pp.201-215
- 3 Kaplan A. Mascaradas neuropsiquiátricas. *Psychiatric Times.* 2009 Volumen 3 pp.1-4
- 4 García Cabeza, Ducajú Fortacín M, Hortega de Frutos E, González de Chávez M. Aspectos psiquiátricos de la enfermedad de Wilson. A propósito de un caso. *Psiquiatria Biológica* 1996;3(2)I. www.psiquiatria.com
- 5 Parmelee Dean X. Trastornos del estado de ánimo. *Psiquiatría del niño y el adolescente* Madrid 1998 Harcourt Brace ed. pp.137-138
- 6 Preston J, O'Neal JH, Talaga MC. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology made simple.* Oakland 2006 New Harbinger Publications Inc pp.76
- 7 Stubbe D. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and adolescent psychiatry a practical guide* Philadelphia 2007 Lippincott Williams and Wilkins pp.62-64
- 8 Martínez Bermejo A. Enfermedad celíaca. Alteraciones neurológicas y psiquiátricas. *Bol Pediatr* 2009; 49: 146-156
- 9 Benitez de Nale Berta B. Sobre la atención y la memoria. *Semiología psiquiátrica infanto juvenil* Rosario 2004 Laborde Editor pp.104
- 10 Casella EB, Valente M, de Navarro JM, Kok F. Vitamin B12 deficiency in infancy as a cause of developmental regression. *Brain Dev.* 2005, 27 (8):592-594
- 11 Idolkis Fonseca Ponce1, Tania Garnier Avila, Melba Zaldivar. Enfermedad pediátrica neuropsiquiátrica autoinmune asociada a infección por estreptococo. *Correo Científico Médico de Holguín* 2008;12(5):1-7 Virginia Alcott
- 12 Sadock Benjamin James, Sadock. Tic disorders. *Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.* Philadelphia. Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilkins 2009 pp.111-113
- 13 Benitez de Nale Berta B. La conciencia La orientación. *Semiología psiquiátrica infanto juvenil* Rosario 2004 Laborde Editor pp.113
- 14 Fernández Javier Benito. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Urgencias Pediátricas Asociación Española de Pediatría. *Urgencias psiquiátricas* www.aeped.es/protocolos/ 2008
- 15 Stubbe Dorothy. Early Onset Schizophrenia. *Child and adolescent psychiatry a practical guide.* Philadelphia 2007 Lippincott Williams and Wilkins pp.62-64
- 16 Walterfang M, Wood SJ, Velakoulis D, Copolov D, Pantelis C. Diseases of white matter and schizophrenia-like psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 Sep;39(9):746-56.
- 17 Preston J, O'Neal JH, Talaga MC. Psychotic disorders. *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology made simple.* Oakland 2006 New Harbinger Publications Inc. pp.66
- 18 Benitez de Nale Berta B. De las funciones sensorperceptivas. *Semiología psiquiátrica infanto juvenil.* Rosario 2004 Laborde Editor pp.85-86
- 19 Parmelee Dean X. Trastornos de la conducta alimentaria. *Psiquiatría del niño y el adolescente* 1998 Madrid, Harcourt Brace ed. pp.147-153
- 20 Sadock Benjamin James, Sadock Virginia Alcott. Elimination disorders. *Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.* Philadelphia. Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilkins 2009 pp.118-121

21 Sarró Alvarez S. Fibromialgia Reumática: Aspectos Psiquiátricos. Actas Españolas de Psiquiatría 2002 30(6):392-396

22 Weiner DL. Pediatrics, Inborn Errors of Metabolism. eMedicine Specialties. Emergency Medicine. Pediatric. Mar 30, 2009

Revelli Victoria Karen

Asunción 2183 Dto 2, CABA, CP 1419

4574-5616 – 15-5832-7557

vkrevelli@yahoo.com.ar

Médica, especialista en psiquiatría infantojuvenil

Ex residente del Htal. Gral. de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE)

Ex jefa de residentes del HGNPE

Psiquiatra de guardia del HGNPE

Maestrando de biología molecular médica (UBA)

Atención de consultorios, CET y hogar en CETRe (Centro Terapéutico y de Rehabilitación)

Atención de consultorios en AIDIS (Atención e Integración en Discapacidad)